العنوان: دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوي اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة

المصدر: المؤتمر السنوى السادس - جودة الحياة -مصر

المؤلف الرئيسي: شقير، زينب محمود

محكمة: نعم

التاريخ الميلادي: 1999

مكان انعقاد المؤتمر: القاهرة

رقم المؤتمر: 6

الهيئة المسؤولة: مركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس

الشهر: نوفمبر

الصفحات: 761 - 819

رقم MD: 31516

نوع المحتوى: بحوث المؤتمرات

قواعد المعلومات: EduSearch, AraBase, HumanIndex

مواضيع: القلق، طلاب الجامعات، اضطرابات الأكل، الاضطرابات النفسية ، مفهوم الذات، تقدير الذات ، فقدان الشهية ، الضغوط النفسية، الانفعالات النفسية، الاكتئاب، الشره العصبي، الصحة النفسية، الرعاية الصحية، التوتر، القياس النفسي، التحليل النفسي

رابط: http://search.mandumah.com/Record/31516

دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوى اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة

د. زينب محمود شقير*

المقدمة والخلفية النظرية:

١- اضطرابات الأكل Eating Disorders

تمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد، وقديماً كانت تصنف اضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية، إلى أن صدر دليل تشخيص الأمراض النفسية لرابطة الطب النفسى الأمريكى الثالث (DSM-III-,R) عام ١٩٨٧ وأعقبه الدليل الرابع لعام ١٩٩٤، ووضعها منفصلة تحت عنوان اضطرابات الأكل. وهذه الاضطرابات تتميز باختلال كبير فى سلوك تناول الطعام، وتتضمن: فقدان الشهية العصبى، والشره العصبى للطعام، واضطرابات أكل أخرى تتضمن ما يطلق عليه الوحم فى الراشدات، وفقد الشهية نفسى المنشأ. وأن فقدان الشهية العصبى والشره العصبى اضطرابان مرتبطان بوضوح، فهما يبدآن سوياً فى المراهقة أو فى فترة البلوغ المبكرة، أما الوحم، وفقد الشهية فلهما نفس المنشأ (أى ما يطلق عليه الاجترار فى الطفولة) فهما أساساً اضطرابات الأطفال الصغار، وقد لا تكون هناك علاقة بينهما وبين فقدان الشهية أو الشره، ومن العوامل النفسية والشخصية المرتبطة بتطور اضطرابات الأكل ما يلى:

- الحاجة الشديدة للإنجاز والكمال.

---

* أستاذ الصحة النفسية المساعد كلية التربية- جامعة طنطا.

- اضطرابات المراهقة الهامة.
- اضطرابات صورة الذات أو صورة الجسم.
- الصراع لبناء الذات أو هوية الذات.
- المزاج المتقلب.
- المخاوف الاجتماعية.
- ضعف التحكم فى الدوافع والرغبات.
- انخفاض تقدير الذات.
- التعصب أو التحكم الشديد فى الأحاسيس والمشاعر.
- القلق الزائد والمستمر.

(Trumpey, 1996, 545, DSM-IV, 1994)

وفيما يلى عرضاً لأهم اضطرابات الأكل: فقدان الشهية العصبى، والشره العصبى للطعام.

أولاً: فقدان الشهية العصبى: Anorexia Nervosa

إن فقدان الشهية العصبى هو أحد اضطرابات الأكل ويتميز بالتحديد الدقيق الذاتى للوجبات وللطرق والسلوكيات غير الصحية لتناول الطعام والنقص الواضح فى الوزن، والخوف الشديد من البدانة أو زيادة الوزن مع الاحتلال الواضح فى شكل الجسم، مع الشعور الدائم بالبدانة ولابد أن ينقص الوزن لأقل من ١٥٪ من الوزن الطبيعى للجسم. وقد أثبتت الدراسات أن نسبة انتشار هذا المرض (حتى عام ١٩٨٨) هى ٣٧ لكل ١٠٠٠٠٠ من السكان كل عام، أما الدراسات الحديثة فقد أوضحت أن انتشار المرض أصبح شائعاً فى فترة العمر من ١٠-٣٠ سنة وخاصة فى الطبقات الاجتماعية والاقتصادية المرتفعة، هذا فى الوقت الذى أثبتت فيه دراسة روبنسن ج وآخر Robinson, J et al (1994) انتشاره فى الأسر ذات الدخل

المحدود، وبين شباب آبائهم وأمهاتهم يعملون فى وظائف إدارية أو جامعية، وفى أسر تشيع فيها التحكم الوالدى ويكثر انتشاره ما بين المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة، وأن حوالى من ٤ إلى ٦٪ هم من الذكور، ويكثر لدى الإناث فى العمر من ١٢-١٨ سنة ويظهر بنسبة عالية من ١٪ أو ١ - ٨٠٠ (Harold, I & Others , 1988: 597).

وعند تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبى لابد من التأكد من عدم الإصابة من أى مرض عضوى يكون مسئولاً عن نقص الوزن. أما عن الخصائص الكلينيكية والتشخيصية والطبية فهى:

-الانخفاض الشديد لكمية الطعام، والسعرات فى الأكل وانخفاض معدلات استجابات البرولكتين (DSM-IV-1994, Monteleone, P. & Others, 1998).
- الضعف العام.
-الانشغال الزائد بالطعام لمنع زيادة الوزن.
-إنكار شدة انخفاض الوزن المتوالى.
- الخوف من الأطعمة التى تزيد من الوزن.
-الانغماس الشديد فى الطعام، فى تحضيره، وفى رؤية الآخرين يأكلون.
- الضعف عند وجود الطعام ومحاولة ضبط النفس والعزوف عن الطعام.
[(Jonston, L.,(1992): 385, Gilchrist, P.N. & Others (1998)]
-اتباع بعض العادات السلوكية غير الصحية من خفض الوزن أو حتى الحفاظ عليه ثابتاً مثل:

أ - إرغام النفس على التقيؤ.

ب- التقيد بنظام غذائى صارم مع الإحساس بالأمان والشعور بالقوة والراحة عند اتباع هذا النظام.

جـ- الرجيم القاسى.

د - استعمال الحقن الشرجية أو الملينات أو المواد التى تسبب الإسهال والأدوية المدرة للبول.

هـ - الإدمان على التدخين كأسلوب للنحافة.

و - الجوع المستمر.

ز - التمارين القاسية.

[Williamson, L, (1998), Wiseman, C.v. & Others, (1998), Sackville, T. & Others (1998), Jonston, L (1992): 384 ,Reb-Gelder M. & Others (1998)]

-غياب الطمث (الحيض) بعد سن البلوغ لمدة ثلاثة أشهر على الأقل.

-ضعف التكيف الجنسى.

-التأخر فى النضج الجنسى والممارسات الجنسية.

-إنكار الرغبات الجنسية.

-الشذوذ الجنسى بين الذكور.

-سوء المعاملة الجسمية والجنسية.

[(Neumark- Sztainer, D.& Others (1998), Davis, C.& et al (1998), Cachelin, F.M. et al (1998)]

- الانشغال الزائد بشكل ووزن الجسم.

-اضطرابات وتشويش صورة الجسم وعدم الرضا عن صورة الجسم.

-السعى وراء الكمال فى الإنجاز وتحقيق صورة أفضل للجسم وللذات الجسمية.

[Neumarker, J.K. et al, (1998) , Candy, C.M. et al (1998), Jarry, J.L. (1998), Strober, M. (1993)]

-انخفاض مستوى الأيض.

-انخفاض معدل ضربات القلب.

- الأنيميا وفقر الدم وانخفاض كرات الدم البيضاء.
- الضغط العصبى الشديد.

أما عن الأعراض والمظاهر الشخصية والمزاجية لذوى فقدان الشهية فهى:

- انخفاض العلاقات العائلية.
- عدم الرضا عن صورة الجسم.
- الوساوس القهرية.
- الاكتئاب.
- مشاعر القلق.
- الشكاوى الجسدية وخاصة اضطرابات المعدة.
- السرقة القهرية التى تظهر عادة للحلوى والملينات وأحياناً للملابس وأشياء أخرى شائعة أيضاً.
- تأخر النضج الجنسى والنفسى والاجتماعى.
- اضطراب الوظائف الاجتماعية والجنسية.
- الضغوط النفسية وخاصة الضغوط الدراسية.
- عدم التقبل الذاتى وخاصة الذات الجسمية.
- مزاج عصبى متقلب.
- ظهور بعض أعراض اضطرابات الشخصية المصاحبة لتغيرات الغدد الصماء.
- سرعة الاستثارة.
- السلوك الانسحابى خاصة من أفراد الأسرة والأصدقاء.
- الهروب والتغيب من المدرسة.
- اختلالات النوم.

[Casper R.C. (1998), Davis & Others (1998), Lilenfeld, L.R. Others (1998), Bulik, C.M. & Others (1997), Raitasuo, S & Others (1998), Finzer, P. & Others (1998), Harold. I, & Others (1988) Frankle, R.T. et al (1988)]

ثانياً: الشره العصبى للطعام: Bulimia Nervosa

أوضح دليل الطب النفسى الأمريكى الرابع بعض العادات السلوكية والمظاهر المرتبطة بالشره العصبى للطعام، إضافة لما أوضحته نتائج بعض الدراسات السابقة، ومن أهم هذه **المظاهر السلوكية والكلينيكية للمرض:**

- انشغال دائم وتفكير مستمر فى الأكل، ونهم لا يقاوم للطعام.
- تكرار حالات الأكل بشراهة.
- الأكل على فترات متقطعة من الوقت (مثلاً خلال ساعتين) مع تناول كمية من الطعام قطعاً تكون أكبر من التى يأكلها أغلب الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وفى نفس الظروف.
- الإحساس بصعوبة التحكم فى الأكل أثناء تلك الحالة، حتى لا يستطيع الفرد التوقف عن الأكل ، أو يتحكم فيما يأكل والكمية التى يمكن أن يأكلها.
- محاولة المريض مقاومة زيادة الوزن المترتبة على تناول الطعام بواحد أو أكثر من الأساليب التالية: افتعال القئ، سوء استخدام الملينات، استخدام مدرات البول، الحقن الشرجية أو أدوية أخرى، الصيام، التمرينات الرياضية المفرطة.
- بعض مرضى الشره يكونوا ضمن معدل الوزن الطبيعى، والبعض الآخر قد يكونون فوق الوزن أو تحت الوزن.

- يحدث أكل بشراهة بمتوسط مرتين فى الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر.
- انقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم انتظامها لفترة لا تقل عن ثلاثة أشهر.

أما عن **الملامح الشخصية والنفسية المرتبطة بالشره** فهى:

- الاعتلال النفسى حيث خوف المريض من البدانة، ومحاولة تحديد وزن أقل من الوزن السابق له.
- اضطرابات عصبية بالجهاز الهضمى قد تؤدى إلى قئ متكرر.
- اضطرابات فى الشخصية أكثر عموماً، إذ أن اضطراب الأكل قد يتواجد جنباً إلى جنب مع الاعتماد على الكحوليات أو بعض الانحرافات (كالسرقة والإدمان).
- مشاعر اكتئابية حيث يعانى مرضى الشره من أعراض اكتئابية بعد تناول الطعام.
- الحاجة الملحة للإنجاز والكمال.
- مظاهر اضطرابات المراهقة.
- الاهتمام بصورة الجسم والمظاهر الجسمية والتفكير البالغ فى ذلك.
- القلق الزائد سواء ما يتعلق بصورة الجسم أو القلق العام.
- النشاط الجنسى الزائد مقارنة بحالات فقدان الشهية العصبى.
- المزاج المتقلب.
- النكوص ومشاعر العزلة الاجتماعية.
- الضغط النفسى وخاصة ما يتعلق بالضغوط الدراسية.
- ضعف القدرة على التحكم فى الدوافع والحاجات الشخصية.
- انخفاض تقدير الذات.
- رفض الذات وعدم تقبلها خاصة ما يتعلق بالذات الجسمية.

- التوتر وعدم الاتزان الانفعالى.
- الشخصية غير الناضجة سلوكياً.
- عادة ما يجلب الشره فى البداية شعور بالراحة من التوتر الزائد بسبب الإحساس بالأكل، ولكن سرعان ما يتبع شعور الراحة إحساس بالذنب والاشمئزاز، الأمر الذى يدفع المريض إلى التقيؤ أو استعمال الملينات.
- الخجل من سلوك تكرار تناول الطعام ومشاعر الاكتئاب والإحباط المصاحبة لذلك.
- اضطراب إدراك وتشوه صورة الجسم.
- الوساوس القهرية.
- المخاوف والقلق الزائد فيما يتعلق بزيادة الوزن.

[DSM. III. R (1987), DSM – IV – R (1994), Harold, I & Others (1998), Hall, et al (1992), Bourne, S.K. & Others (1998), Tannehaus, N. (1992), Golay, A. & Others (1997), Aragona, M, et al (1998), أحمد عكاشة، ١٩٩٨]

الأهمية والمشكلة:

تستمد الدراسة أهميتها من خلال محاور رئيسة وهامة:

- زيادة تواتر ظاهرة اضطرابات الأكل (باعتبارها أحد أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية واضحة الانتشار) فى هذا العصر المحمل بالأعباء والضغوط التى يصعب تجنبها بسبب تعقد الظروف الاقتصادية والاجتماعية.
- ركزت جميع الدراسات المصرية – رغم ندرتها – على شكل واحد من أشكال اضطرابات الأكل وهو فقدان الشهية العصبى مع إغفالها التام

لذوى الشره العصبى للطعام، حتى أن الدراسات المصرية النادرة فى مجال فقدان الشهية تناولت متغيرات قليلة كالقلق، والوسواس، والاكتئاب، والاتجاه نحو فقدان الشهية لدى هؤلاء الأفراد، لذلك تضيف الدراسة الحالية ما أغفلته الدراسات السابقة على الصعيدين العربى والمصرى وهو الاهتمام بدراسة ذوى الشره العصبى للطعام إضافة لتناولها متغيرات هامة فى الصحة النفسية: صورة الجسم، الحواجز النفسية (بأبعادها الفرعية)، الضغوط النفسية بأبعادها الفرعية، والتى تعتبر مؤشرات جيدة للصحة النفسية للفرد والتى قد تساهم فى تحقيق قدر من التوافق النفسى والاجتماعى لدى الفرد، علاوة على سعى الدراسة الحالية إلى محاولة التعرف على معدل انتشار ظاهرة اضطرابات الأكل (بنوعيه) بين المراهقين والمراهقات من طلاب الجامعة حتى يمكن التصدى لهذه المشكلة.

- إغفال بل وسوء فهم هؤلاء المصابين باضطرابات الأكل، وعدم سعيهم للبحث عن أساليب وقائية أو علاجية، مما قد يؤثر على عامة الناس، ومما قد يترتب عليه من ارتفاع معدل انتشاره، وزيادة الخوف والقلق من ارتفاع معدله بين الشباب، وهذا يتطلب توعية الناس بأسباب اضطرابات الأكل وأعراضها وكيفية الوقاية منها.

من ذلك تتحدد مشكلة الدراسة فى الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما هو معدل انتشار ظاهرة اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبى، والشره العصبى للطعام) بين طلاب الجامعة؟
- ما هى العلاقة الارتباطية بين متغيرات الصحة النفسية الأساسية قيد البحث: صورة الجسم، الحواجز النفسية، الضغوط النفسية؟
- هل تختلف متغيرات الصحة النفسية (السلبية) قيد البحث باختلاف نوع الجنس؟

- هل تختلف متغيرات الصحة النفسية (السلبية) قيد البحث باختلاف الحالة الصحية: فقدان الشهية العصبى، الشره العصبى للطعام، التمتع بصحة جيدة؟
- هل هناك تفاعل دال بين الحالة الصحية وبين الجنس فى التأثير على المتغيرات النفسية قيد البحث؟

أهداف الدراسة:

- بناء مقياس لفقدان الشهية العصبى وآخر للشره العصبى للطعام.
- تعريب وتقنين مقياس الاتجاه نحو الأكل إعداد لاين مارشال. Layn Marshall (1998)
- التعرف على معدل انتشار ظاهرة اضطرابات الأكل بين طلاب وطالبات الجامعة.
- التعرف على شكل العلاقة الارتباطية بين مظاهر الصحة النفسية موضوع الدراسة الحالية: صورة الجسم، الحواجز النفسية، الضغوط النفسية.
- التعرف على الفروق بين الجنسين على هذه المتغيرات.
- بحث تأثير الحالة الصحية: فقدان الشهية، الشره العصبى، التمتع بصحة جيدة، على المتغيرات قيد البحث.

وذلك حتى يمكن الإلمام بالمشكلة والمساهمة فى تنمية الوعى النفسى والصحى لعامة الناس، وإرشادهم لاتباع بعض العادات السلوكية السوية فى تناول الطعام، وتعديل بعض الأفكار السلبية عن نفسه.

مصطلحات الدراسة:

اضطرابات الأكل Eating Disorders

هى اختلال فى سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام فى تناول

الوجبات، ما بين الامتناع القهرى عن تناول الطعام، أو التكرار القهرى لتناول الطعام فى غير مواعيده المحددة، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعى للفرد، والذى قد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم، وقد جاء فى دليل تشخيص الأمراض النفسية الرابع لرابطة الطب النفسى الأمريكى لعام ١٩٩٤ أن اضطرابات الأكل تشمل: أ- فقدان الشهية العصبى. ب- النهم (الشره) العصبى للطعام. جـ- اضطرابات الأكل غير المصنف (غير المحدد).

فقدان الشهية العصبى: Aorexia Nervosa

هو عبارة عن عدم انتظام فى تناول الطعام دائماً ما يظهر فى شكل (شبه جوع) وهو يوجد جزئياً وليس كلياً فى الفتيات المراهقات ويبدأ من سن البلوغ ، والشخص المصاب بفقدان الشهية يتضاءل معه وزن الجسم تدريجياً، وينتج عن شعور الجوع هذا إفراز هرمونات وتغيرات أخرى تؤدى إلى انخفاض درجة حرارة الجسم، وانخفاض سرعة ضربات القلب، وانخفاض استجابة المناعة وتوقف الدورة الشهرية (لدى الإناث) لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر متتالية. (Eades, 1993, 386)

وبتعبير آخر فإن فقدان الشهية هو رفض لاشعورى للأكل يتعلق بالمعنى اللاشعورى للطعام إلا من كميات ضئيلة فى صورة سوائل، مما يؤدى إلى نقص وزن الجسم، والخوف الشديد من اكتساب الوزن، وتتوقف الدورة الشهرية لدى الفتيات ، وتضطرب صورة الجسم، ويتخلل هذا الامتناع عن الأكل بعض نوبات من الشره للطعام، ويكثر حدوثه بين الفتيات فى مرحلة المراهقة.

الشره العصبى للطعام Bulimia Nervosa

هو التناول العرضى غير المنظم والقهرى والسريع لكميات كبيرة

من الطعام فى فترة قصيرة من الوقت، مع الشعور ببعض الآلام بالبطن، والإحساس بالغثيان، وما يصحب ذلك من إحساس بالذنب، وشعور بالقلق والاكتئاب، واحتقار الذات، وقد يلجأ الشخص إلى استخدام الملينات ومدرات البول بصورة منتظمة، ومحاولته التقيؤ، أو استخدام وسائل صناعية أخرى للتخلص من الكميات الزائدة من الطعام. (Harold, I. & Others, 1988, 602). كما يعرف الشره بأنه زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط فى الأكل يليه قئ أو استخدام الملينات، مع الاهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم، وقد يؤدى القئ المتكرر غالباً إلى اضطراب فى معادن الجسم ومضاعفات جسمية. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٥٠٣)

صورة الجسم : Body Image

هى صورة ذهنية وعقلية، يكونها الفرد عن جسمه سواء فى مظهره الخارجى أو فى مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها ، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر (أو اتجاهات) موجبة (أو سالبة) عن تلك الصورة الذهنية للجسم. (زينب شقير، ١٩٩٨: ٢)

الحواجز النفسية : Psychological Barriers

حالات نفسية تنطلق من مثيرات، ورواسب مختلفة لدى الفرد قد تعوق أهدافه وتوافقه وتعرف بأنها "حالات عقلية تتمثل فى سلبية الفرد ولا تمكنه من التأثر بما حوله وتمنعه من انجاز أفعال معينة، وتتمثل الآليات الانفعالية لهذه الحواجز النفسية فى: خبرات، مواقف انفعالية سلبية مكثفة كالخجل والتوتر والإحساس بالذنب والخوف والقلق والإقلال من تقدير الذات ورفضها وعدم تقبلها والحساسية الزائدة نحو الذات، والتأثر بما تعرفه عنها. (معجم علم النفس المعاصر: ٣٤)

يبدو من هذا التعرف تعدد المجالات التى تظهر فيها الحواجز النفسية التى تعوق الفرد عن تحقيق التوافق، وأهم الجوانب الأساسية للحواجز النفسية موضوع الدراسة الحالية:

أ- **الشائعة Romour**: هى استعداد الفرد للاعتقاد بما يذكر عن موضوعات بدون مستند يعتمد عليه، وتتمثل فى الضغوط النفسية وغموض المعلومات الشخصية والأفراد المهيمنين فى حياة الفرد، علاوة على سرعة التصديق وما يتبعه من سطحية فى التفكير هذه تمثل عوامل أساسية فى ظهور الشائعات.

ب- **عدم التقبل (الرفض) Rejection**: أوضح أيزيك وآخرون أن الرفض يمثل القطب السالب للقبول أى يأخذ الاتجاه العكسى للقبول والرضى والذى يتميز بعدم الاهتمام والسلبية ويمثل اتجاهاً سلبياً نحو فكرة أو عقيدة. (Eysnck et al فى زينب شقير ١٩٩٨ب: ٣)

جـ- **التوتر والانفعال Tension & Affect**: هو حالة معقدة أو مركبة من حالات الكائن العضوى تنطوى على تغيرات جسدية وعقلية وانفعالية حيث التهيج والاضطراب يجعل الفرد يتميز بشعور قوى، ويؤلف فى العادة دافعاً نحو شكل محدد من أشكال السلوك وأنماطه، وبذلك يمثل التوتر رد فعل داخلى للجسم يبدو فى شعور الشدة والعصبية وقد يصل بالفرد لحالة فقدان توازنه النفسى والفسيولوجى. (المرجع السابق، ٣)

الضغوط النفسية : Psychological Stress

مجموعة من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة والتى يتعرض لها الفرد فى حياته وينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الاستجابة المناسبة للموقف ، وما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفسيولوجية تؤثر على

جوانب الشخصية الأخرى، وأهم هذه الأعراض الانفعالية الغضب السريع وشعور الاكتئاب والتوتر والإحباط وعدم الإحساس بالأمن والإجهاد والملل، وأهم مصادر الضغوط النفسية موضوع الدراسة الحالية: الضغوط الأسرية، الاقتصادية، الانفعالية، الدراسية، الاجتماعية، الصحية، الشخصية.

الدراسات السابقة:

فيما يلى عرضاً لأهم الدراسات السابقة التى تناولت ظاهرة اضطرابات الأكل لدى المراهقين والمراهقات.

أ - دراسات تناولت معدلات انتشار ظاهرة اضطرابات الأكل:

- دراسة أجراها هارولد، أى وآخرون Harold, I & Others (1988)

أوضح فيها أن اضطرابات الأكل (ومن بينها الشره) عادة ما تبدأ فى المراهقة وتكون شائعة بين الإناث عنها بين الذكور، وأن معدل انتشارها يصل إلى ٤٪ فى الإناث بينما تقل إلى ٠,٥٪ بين الذكور.

- دراسة أجراها رولاند، ك وآخرون Rolland, K, & Others (1997)

للتعرف على مدى انتشار الاتجاه نحو النحافة بين أطفال ما قبل المراهقة الاستراليين، وأجرى اختبار الاتجاه نحو الأكل على ٢٤٤ من الطلاب بالصف السادس ، وأظهرت النتائج أن ٥٠٪ من الإناث، ٣٣٪ من الذكور أظهروا اتجاهاً مرتفعاً نحو النحافة، بينما ٤٠٪، ٢٤٪ على التوالى أظهروا اتجاهاً مرتفعاً نحو فقدان الوزن الشديد، بينما كان هناك ١٤٪، ٨٪ على التوالى ارتفع اتجاههم نحو فقدان الشهية العصبى.

- دراسة بولك س، م وآخرون Bulik, C., M. & Others (1997)

لدراسة العلاقة الارتباطية بين خبرات القلق واضطرابات الأكل، وأجريت الدراسة على (٦٨) مصابة بفقدان الشهية، ١١٦ مصابة بالشره

العصبى، ٥٦ مصابة بالاكتئاب، وأسفرت النتائج عن تأثير خبرات القلق الماضية فى ظهور فقدان الشهية بنسبة ٦٠٪ وظهور الشره العصبى بنسبة ٥٧٪ والاكتئاب بنسبة ٤٨٪.

- دراسة قام بها ميتشل ج، إى وآخرون Mitchell, J.E. & Others (1998)

أجراها على عينة من ذوى فقدان الشهية وذوى الشره العصبى للطعام وذوى اضطرابات الأكل التى تصحبها نوبات المرح الشديد، للتعرف على سلوكياتهم المرتبطة بتناول الطعام، وأسفرت الدراسة أن مرضى اضطرابات الأكل يشاركون فى سلوكيات مرضية وغير صحية خاصةبتناول الأكل ومعدلات مرتفعة قد تصل إلى ما يزيد عن ٤٠٪ من الحالات.

- دراسة كيل ، ب، ك وآخرون Keel, P.K. & Others (1999)

وهى دراسة طولية شاركت فيها ١٧٣ سيدة لمتابعة الإصابة بالشره العصبى للطعام وكان أكثر من ٨٠٪ من الإناث قد شاركن فى المتابعة والتقييم ولمدة ١٠ سنوات، وأسفرت النتائج أن ١١٪ من العينة تم تشخيصهن "مرتفعات الشره"، ٠,٦٪ "متوسطات الشره"، ١٨,٥٪ "ذوى اضطرابات الأكل"، وحوالى ٦٩,٩٪ كانت تتأرجح بين هذه المجموعات.

- دراسة آمال كمال (١٩٩٨):

عن البناء النفسى للمرضى المصابين بفقدان الشهية العصبى وأسفرت الدراسة عن العديد من النتائج كان من بينها ارتفاع نسبة الإصابة بالمرض لدى الفتيات المراهقات عنها لدى المراهقين بنسبة ١: ٤٠.

ب - دراسات أجريت على بعض مظاهر الصحة النفسية لدى ذوى اضطرابات الأكل:

نظراً لكثرة الدراسات التى اهتمت بمظاهر الصحة النفسية لهؤلاء

المرضى سوف يتم عرضها بإيجاز شديد من الأقدم إلى الأحدث.

- دراسة أحمد عبد الخالق، مايسة النيال (١٩٩٣):

لفحص الارتباط بين فقدان الشهية العصبى وكل من الاكتئاب والقلق والوسواس القهرى لدى عينة مكونة من ١٠٧ طالبة جامعية، وكشفت النتائج عن ارتباطات جوهرية موجبة بين فقدان الشهية والمتغيرات النفسية الثلاث.

- دراسة رابى - جابلونسكا، ج Rabe – Jablonska, J (1997)

لدراسة اضطراب صورة الجسم لدى ذوى فقدان الشهية العصبى، وأجريت الدراسة على ٣٠ من الإناث (١٣-١٩ عاماً) بعد التشخيص بدليل تصنيف الأمراض النفسية الأمريكى الرابع، وإجراء مقابلات مع أمهات الحالات للتعرف على أسباب اضطراب صورة الجسم وعلاقته بأحداث الحياة وانخفاض تقدير الذات، وأسفرت النتائج عن اضطراب صورة الجسم لدى أفراد العينة وانخفاض تقدير الذات وارتفاع القلق.

- دراسة كوبير ، م Cooper, M (1997)

على عينة من اضطرابات الأكل (ذوى فقدان الشهية، والشره للطعام) فيما يتعلق بالحكم على الذات خاصة ما يرتبط بالوزن والشكل، وجاءت النتائج لتسفر عن ارتفاع درجة الحساسية الذاتية لدى ذوى فقدان الشهية حيث الرفض وعدم التقبل الذاتى فيما يتعلق بشكل ووزن الجسم.

- دراسة ثيل، أ وآخرون Thiel, A. & Others (1997)

وهى رؤية ألمانية عن اضطرابات الأكل باستخدام مقياس الاتجاه نحو الأكل (EDI –2) وأجريت الدراسة على ١٨٦ من الإناث، ١٠٢ من الذكور من ذوى فقدان الشهية، والشره العصبى، وأسفرت النتائج عن مخاوف البلوغ والرفض وعدم الرضا، والاندفاع، والشعور بعدم الأمن الاجتماعى والشعور بالضغط النفسى، وانخفاض التكامل النفسى لدى العينة.

- دراسة ستين، د. وآخرون (1997) Stein, D. & Others

عن اضطرابات الأكل الجزئى لدى عينة من المراهقات (مريضات الشره، وفقدان الشهية)، واستخدمت عدة مقاييس لتحديد العينة مثل دليل تصنيف الأمراض النفسية الأمريكى الثالث، ومقياس الاتجاه نحو الأكل (EAT)، ثم طبقت مقاييس، سلوكيات الأكل، الاكتئاب، الوسواس القهرى، المقاييس الجسمية لتحديد الوزن والشكل، مقياس الضغط النفسى، وأسفرت النتائج عن سلوك عدم التوافق، وارتفاع معدل الضغط النفسى، والاكتئاب، واضطراب شكل الجسم، بالإضافة إلى اتباع سلوكيات غير صحية فى تناول الطعام.

-دراسة جليفيز، د. هـ. وآخران (1998) Gleaves, D., H. & Others

على عينة مكونة من (١٢١) مريضة بفقدان الشهية، (١٠٣) مريضة بالشره العصبى للطعام، (٧٠) من ذوات اضطرابات الأكل غير المصنف – طبق المقياس الخاص بأعراض ما بعد الصدمة النفسية Posttraumatic stress disorder (PTSD) وأظهرت العينة جميعها (وكانت أكثر ارتفاعاً لدى ذوات الشره وذوات فقدان الشهية) إصابتهن بأعراض واضحة فيما يتعرض بالاكتئاب والقلق وشعور بالضغط النفسى، والخبرات المفككة.

- دراسة بروير، ت وآخر (1998) Pryor, T., <u>et</u> <u>al</u>

عن الملامح الشخصية والاهتمامات المعبرة للمراهقين ذوى اضطرابات الأكل. وأجريت الدراسة على ٢٦ حالة من ذوى فقدان الشهية، ٣٠ حالة من ذوى الشره العصبى ولقد سجل ذوى فقدان الشهية درجات أعلى على مقاييس الشخصية المرتبطة بتقدير الذات، وأظهرت المجموعتان انخفاض فى الاتجاه الايجابى نحو الذات، وفى انخفاض تقدير الذات، وانخفاض تقبل الذات، وأظهرت العينة الكلية مشاكل تتعلق بالاندفاع والتوافق الاجتماعى والضغوط الدراسية، ورفض الذات.

- **دراسة بروبست، م وآخرون Probst, M. & Others (1998)**

على عينة من ذوى اضطرابات الأكل (١٠٠ من ذوى فقدان الشهية، ٤٠ من ذوى فقدان الشهية المصاحب بحالات من المرح والإسهال، ٤٨ من ذوى الشره) مقارنة بـ ٤٥ من الإناث الصحيحات. وذلك لتقدير حجم الجسم وعلاقته ببعض المتغيرات الكلينيكية والنفسية، وأظهرت النتائج عدم وجود علاقة دالة بين تقدير حجم الجسم وبين المتغيرات الكلينيكية، وأظهرت الاستجابات المعرفية والوجدانية علاقة معتدلة مع الاتجاه نحو صورة الجسم، بينما أظهر عدم التقبل (الرفض) وعدم الرضا عن صورة الجسم علاقة سالبة مع الاستجابة الخاصة بالرغبة بقبول حجم الجسم.

- **دراسة ريبى، إى، ل Riby, E., L. (1998)**

على عينة مكونة من ٤٣ من الإناث، ٢٥ من الذكور من طلاب الجامعة والذين تم تشخيصهم باستخدام دليل تصنيف الأمراض النفسية الأمريكى الرابع على أنهم ذوى اضطرابات الأكل، وأسفرت النتائج عن انخفاض مستويات تقدير الذات لديهم، وحب التملك، ومشاعر الاكتئاب، والميل نحو العناية بالنواحى البدنية وشكل الجسم، مع الاضطراب الواضح فى صورة الجسم، وعدم التقبل الذاتى (للجسم).

- **دراسة فيور، ر.م. وآخر Furr, R.M., <u>et</u> <u>al</u> (1998)**

لفحص الجوانب السلبية فى الشخصية فيما يتعلق بالإدراك الذاتى، والمكانة الاجتماعية وطريقة التعامل مع الآخرين، وشعور التعاسة، وعدم الرضا عن الذات ورفضها، ومشاعر الاكتئاب لدى عينة مكونة من ٨٢ طالبة جامعية، ٦٤ طالب جامعى من ذوى اضطرابات الأكل، وبالرغم من أن عينة الإناث كانت أكثر وضوحاً فى التعبير عن الجوانب السلبية للشخصية إلا أن مجموعتى الذكور والإناث قد تشابهت فى ظهور العديد من

عوامل الشخصية اللاسوية فيما يتعلق بعدم التقبل الذاتى وعدم الرضا عنها، ومشاعر الاكتئاب وغيرها.

- دراسة فينزير، ب وآخران Finzer, P. & Others (1998)

على عينة مكونة من ٤١ من ذوى فقدان الشهية العصبى (التشخيص باستخدام DSM-IIIR) والمتابعة لمدة من ٣-٥ سنوات، تميز ٧٢,٥٪ من الحالات باستخدام عادات غير صحية لتناول الطعام خاصة فى عمر ١٥,٢ سنة، وكان أكثر من ٥٠٪ من المرضى ذوى نتائج سلبية فيما يتعلق بالجوانب الجسدية، وكان ٦٠٪ من الحالات مصابات باضطرابات عصابية، واضطرابات بالعلاقات الاجتماعية، واضطرابات جنسية، ومشاعر اكتئاب، ومشاعر الخوف من زيادة الوزن، وضغوط نفسية متعددة، مع عدم التقبل الذاتى.

- دراسة آمال كمال (١٩٩٨):

عن البناء النفسى للمرضى المصابين بفقدان الشهية وأجريت الدراسة الاكلينكية على عينة من ٥ فتيات من المصابات بفقدان الشهية (١٩-٢٤ عاماً) وأسفرت النتائج عن عدم تقبل صورة الجسم وعن الانشطار بين الذات والجسد، مع فقدان التواصل الوجدانى، واستخدام ميكانيزمات الكبت والإنكار والعزل تجاه مشاعرهن وحاجاتهن الجنسية حيث المخاوف من الجنس وعدم القدرة على إقامة علاقات جنسية غيرية، والتحريف الإدراكى لصورة الجسم.

- دراسة باروفسكى، أى وآخر Barofsky, I. <u>et</u> <u>al</u> (1998)

بمقارنة عينة من المصابين بعسر البلع النفسى (٢١ حالة) مع عينة أخرى من ذوى فقدان الشهية العصبى من طلاب وطالبات الجامعة، بحيث طبق عليهم مقياس الاتجاه نحو الأكل (EDI - 2) بجانب بعض المقاييس النفسية الأخرى فقد سجل مرضى عسر البلع النفسى درجات مرتفعة على

مقاييس اضطرابات القدرة على الحركة، بينما انخفضت درجاتهم على قائمة اضطرابات الأكل، إلا أنهم تقاربوا من حالات فقدان الشهية فى مشاعر الإحباط والإثارة والاكتئاب والضغوط النفسية.

-دراسة حسين فايد (١٩٩٩):

عن صورة الجسم والقلق الاجتماعى وفقدان الشهية العصبى لدى عينة مكونة من ١٥٠ من الإناث المراهقات المصابات بفقدان الشهية العصبى (١٧-١٩ عاماً) وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين عدم الرضا (عدم التقبل) عن صورة الجسم وكل من القلق الاجتماعى وفقدان الشهية لدى العينة وزيادة درجة فقدان الشهية العصبى بفعل التأثير المشترك لكل من عدم الرضا عن صورة الجسم والقلق الاجتماعى.

تعقيب:

من العرض السابق للدراسات السابقة، يتضح الآتى:

- التزايد فى معدل انتشار اضطرابات الأكل بين طلاب وطالبات الجامعة الأمر الذى لا ينبغى إغفاله.
- تعدد وتنوع الصفحة النفسية غير الصحية لهؤلاء المصابين باضطرابات الأكل مما يستدعى الانتباه بمواصلة الدراسة للكشف عن مظاهر الصحة النفسية الأخرى التى أغفلتها الدراسات السابقة.
- تأثير الحالة النفسية والمستوى الدراسى وتعرض الحالات لضغوط نفسية ودراسية قد تنعكس على مستوى التحصيل الدراسى مما يستوجب التدخل بالإرشاد والعلاج النفسى فى حياة هؤلاء.
- ندرة الدراسات السابقة المصرية - ٣ دراسات من خلال المسح السيكولوجى - إضافة إلى أنها تناولت ذوات فقدان الشهية غافلة الشره العصبى للطعام فى جميع الدراسات المصرية.

- ركزت الدراسات المصرية على ذوات فقدان الشهية على قليل من مظاهر الصحة النفسية: صورة الجسم، القلق، الاكتئاب، الوسواس غافلة العديد من جوانب الصحة النفسية الأخرى: كالحواجز النفسية، والتوتر، والرفض الذاتى، والضغوط النفسية.

وهذا ما يدعو ويشجع على القيام بالدراسة الحالية فى محاولة منها للتدخل السيكولوجى فى حياة ذوى اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة المصريين للتوصل إلى تحديد صفحة نفسية لهؤلاء المرضى حتى يمكن مساعدتهم نفسياً ومهنياً واجتماعياً – قدر الإمكان –.

فروض الدراسة:

١- ينخفض معدل انتشار ظاهرة اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبى، والشره العصبى للطعام) بين طلاب وطالبات الجامعة.

٢- توجد علاقة ارتباطيه دالة وموجبة بين متغيرات الدراسة الأساسية: تشوه صورة الجسم، الحواجز النفسية، الضغوط النفسية.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات الجنسين على مقاييس: صورة الجسم، الحواجز النفسية (بأبعادها الفرعية: الشائعة، الرفض، التوتر)، الضغوط النفسية (بأبعادها الفرعية الضغوط: الأسرية، الاقتصادية، الدراسية، الانفعالية، الصحية، الشخصية).

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعتى فقدان الشهية العصبى والشره العصبى للطعام على متغيرات الدراسة: صورة الجسم، الحواجز النفسية (بأبعادها الفرعية)، الضغوط النفسية (بأبعادها الفرعية).

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعة الأصحاء وكل من متوسط درجات مجموعة فقدان الشهية العصبى، ومتوسط

مجموعة الشره العصبى للطعام على متغيرات الدراسة: صورة الجسم، الحواجز النفسية (بأبعادها الفرعية)، الضغوط النفسية (بأبعادها الفرعية) لصالح مجموعتى فقدان الشهية العصبى، والشره العصبى للطعام (أى ارتفاع معدل الاضطراب لها تين المجموعتين على متغيرات الدراسة مقارنة بالأصحاء).

٦-هناك تأثير دال للتفاعل بين الحالة الصحية والجنس على متغيرات الصحة النفسية موضوع الدراسة الحالية.

إجراءات الدراسة:

تتضمن الإجراءات.

-اختيار العينة.

- الأدوات.

أولاً – اختيار العينة:

أجريت الدراسة الحالية على طلاب وطالبات الفرقة الأولى (جميع الشعب) بكلية التربية جامعة طنطا وقد تراوح العمر الزمنى للعينة ما بين ١٨,٢ – ١٩,١١ عاماً بمتوسط حسابى ١٨,٦ عاماً.

ثانياً: أدوات الدراسة:

اشتملت أدوات الدراسة على أدوات تشخيصية وأخرى للتجربة كما هو واضح فى التخطيط التالى:

الأدوات

أدوات تشخيصية

١- مقياس الاتجاه نحو الأكل

٢- مقياس فقدان الشهية العصبى

٣- مقياس الشره للطعام

٤-تحديد الوزن باستخدام الميزان الحسابى.

٥- إجراء الفحوص المعملية اللازمة للتشخيص.

أدوات التجربة

١- مقياس صورة الجسم

٢- مقياس الحواجز النفسية (الشائعة- عدم التقبل - التوتر)

٣- مقياس الضغوط النفسية

وفيما يلى شرحا للمقاييس النفسية الورقية:

اختبار الاتجاه نحو الأكل: Eating Attitude Test (EAT) تعريب الباحثتين:

أعد هذا الاختبار لاين مارشال Layn Marchall (1998) وهو يمثل تقريراً ذاتياً للفرد لقياس اتجاهه نحو الأكل. ويركز الاختبار فى بنائه على جوانب أساسية للاتجاه نحو الأكل هى:

-سلوك الأكل.

-الوزن.

-الشكل.

-بعض المفاهيم النفسية مثل: عدم الثقة بالنفس، مخاوف النضج، الوعى الذاتي،وفى الصورة المبدئية للمقياس كان يتكون من ٦٤ بنداً، ثم تم استبعاد ٢٤ بندا لم تلق اتفاقاً من المحكمين، وأثناء إجراء الصدق

والثبات للاختبار من قبل مؤلفه وصل المقياس فى صورته النهائية إلى ٤٠ بندا. (Machall, L. In: Boyd , R. et al, 1998: 483- 485)

خطوات إعداد الاختبار فى البيئة المصرية:

- قامت الباحثتان بترجمة بنود الاختبار وتعليماته إلى اللغة العربية بأسلوب واضح ومبسط يمكن فهمه والإجابة عليه من عمر زمنى يتراوح بين ١٢-٣٠ عاما (وهو ذلك العمر الزمنى الذى يتزايد فيه ظاهرة اضطراب الأكل).
- تمت مراجعة بنود الاختبار لغوياً.
- تم تطبيق الاختبار على ٢٠٠ طالب وطالبة بالفرقتين الأولى والثانية بكلية التربية جامعة طنطا (مناصفة بين الجنسين).
- يجيب المفحوص على كل بند بالموافقة ويعطى الوزن (٢) أو بالمحايدة وعدم التأكد ويعطى الوزن (١) أو بعدم الموافقة ويعطى الوزن (صفر).
- بعد تصحيح الاختبار لكل طالب، وبناء على تعليماته بأن ما يزيد عن ٢٠درجة يعتبر من ذوى الاتجاه المرتفع نحو الأكل، فقد تم تصنيف العينة، ثم تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كل مجموعة على حدة كما هو موضح بالجدول التالى.

جدول (١) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" للذكور والإناث.

الجنس	العينة	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	"ت" والدالة
ذكور	٤٨ ذوى الاتجاه المرتفع	٥١,٧٣	٧,٦٩	٣٢,١٢ دالة عند ٠,٠١
	٥٢ ذوى الاتجاه المنخفض	١٩,٦١	٤,٣٨	
إناث	٦٧ ذوات الاتجاه المرتفع	٥٤,١١	٩,٢٣	١٩,٨١ دالة عند ٠,٠١
	٣٣ ذوات الاتجاه المنخفض	١٨,٨٤	٥,٩٨	

صدق الأختبار:

تم حساب الصدق بطريقتين:

أ - **صدق التميز:** كما هو واضح بالجدول ( ) حيث أوضحت قيمة "ت" للفروق بين ذوى الاتجاه المرتفع نحو الأكل وذوى الاتجاه المنخفض نحو الأكل (٣٢,١٢، ١٨,٩٠) لكل من عينتى الذكور والإناث على التوالى، وكلاهما دالا عند مستوى ٠,٠١

ب- **الصدق التلازمى:** جاء فى دليل تصنيف الاضطرابات النفسية الأمريكى DSMII إضافة اضطرابات الأكل ضمن قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية. لهذا قامت الباحثتين بتطبيق قائمة كورنيل للاضطرابات السيكوسوماتية إعداد (محمود أبو النيل) على عينة قوامها ٣٦ من الذكور، ٣٦ من الإناث (ضمن عينة التقنين الكلية)، وبإيجاد معامل الارتباط ببين درجات الطلاب والطالبات على المقياسين كان معامل الارتباط ٠,٤٠ لعينة الذكور، ٠,٥٣ لعينة الإناث، وهما معاملان دلالة عند مستوى ٠,٠٥، ٠,٠١ على التوالى مما يؤكد صدق المقياس للاستخدام الحالى.

الثبات: تم إعادة تطبيق المقياس بعد مرور شهر من التطبيق الأول على ٥٠ طالب، ٥٠ طالبة من بين عينة التقنين سالفة الذكر، وكان معامل الارتباط بين التطبيقين ٠,٦٣، ٠,٧٢ للطلاب والطالبات على التوالى وهما دالا عند مستوى ٠,٠١ مما يؤكد ثبات المقياس.

١- **مقياس فقدان الشهية العصبى: Anorexia Nervosa Scale (ANS)**

إعداد الباحثتان

خطوات إعداد المقياس:

-من خلال التراث السيكولوجى والسيكاترى والطبى لذوى فقدان الشهية

العصبى تم تحديد المظاهر الجسمية (الظاهرية) والمظاهر (الأعراض) العضوية، والخصائص المزاجية والعادات السلوكية المصاحبة لحالات فقدان الشهية العصبى.

- توصلت الباحثتان إلى تحديد جوانب هامة يرتكز عليها بناء المقياس هى:

-**عادات الطعام**: كراهيته- رفضه- الإقلال منه - الصيام - القئ - الغثيان- استخدام الأدوية المسببة لفقدان الشهية ..... إلخ

- القلق من زيادة الوزن ومحاولة إنقاصه.

جـ- الأعراض الجسمية والمزاجية المصاحبة.

د- الانشغال الزائد بالشكل الخارجى وصورته الذهنية.

-فى البداية تم صياغة (٢٨) فقرة للمقياس، وبعد عرض الصيغة المبدئية على مجموعة من المتخصصين فى مجال علم النفس والصحة العامة والطب النفسى بجامعة طنطا تم حذف خمس فقرات لعدم ارتباطها بشدة بأبعاد فقدان الشهية، ولتكرار بعضها الآخر فى المعنى والصياغة مع فقرات أخرى بالمقياس.

وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس فى صورته النهائية ٢٣ فقرة (منها فقرة للإناث فقط).

-يجيب المفحوص على كُل فقرة بالموافقة وتعطى الوزن (٢) أو بالمحايدة وعدم التأكد وتعطى الوزن (١) أو بالرفض وعدم الموافقة وتعطى الوزن (صفر).

عينة التقنين: طبق المقياس على عينة من طلاب وطالبات الفرقة الأولى بكلية التربية جامعة طنطا (ن١=ن٢=٨٠).

صدق المقياس:

تم حساب الصدق بطريقتين:

أ - **الصدق الظاهرى:** وقد تحقق أثناء بناء المقياس بعرضه على مجموعة من المتخصصين فى مجال علم النفس والطب النفسى والصحة العامة بحصول الفقرات على اتفاق ٩٠٪ فما فوق.

ب - **الصدق التلازمى:** تم تطبيق المقياس على عينة التقنين، كما تم تطبيق مقياس الاتجاه نحو الأكل (تعريب الباحثتان) على نفس العينة، وكان معامل الارتباط بين نتائج المقياسين – ٠,٤٨ للذكور، – ٠,٥١ للإناث بمستوى دلالة ٠,٠١، أى أن الاتجاه السلبى نحو الطعام صاحبه فقدان شهية عصبى.

جـ- **صدق التمييز:** بإجراء المقارنة الطرفية بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لدرجات عينتى الذكور والإناث (ن١=ن٢=٨٠) ويوضح ذلك جدول (٢).

جدول (٢) صدق المقارنة الطرفية لمقياس فقدان الشهية العصبى

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعيارى	"ت" والدلالة
الذكور	٢٦ الثلث الأعلى	٢١,٠٨	٥,٠٩	١١,٧١ دالة عند ٠,٠١
	٢٦ الثلث الأدنى	٧,٨٥	٢,٤٣	
الإناث	٢٦ الثلث الأعلى	٢١	٥,٢٣	١٠,١٨ دالة عند ٠,٠١
	٢٦ الثلث الأدنى	٨,٨٨	٢,٨٨	

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يميز تمييزاً واضحاً بين المستويات الضعيفة والأخرى القوية الميزان، ومن ثم يكون المقياس صادقاً لقياس حالات فقدان الشهية العصبى.

الثبات: تم تطبيق المقياس مرتين بفاصل زمنى شهر على عينة التقنين، و كان معامل الارتباط بين التطبيقين ٠,٦١ ولعينة الذكور، ٠,٧٦ لعينة الإناث، وهما دالان عند مستوى ٠,٠١، مما يطمئن على ارتفاع ثبات المقياس وصلاحيته للاستخدام.

٣- مقياس الشره للطعام: Bulimia Nervosa Scale (BNS)

خطوات إعداد المقياس:

خلال المسح السيكولوجي والسيكاترى والطبى لذوى الشره للطعام تم تحديد المظاهر الجسمية والعضوية والخصائص المزاجية والعادات السلوكية المصاحبة لحالة الشره للطعام، وتوصلت الباحثتان إلى تحديد جوانب هامة يرتكز عليها بناء المقياس.

أ - عادات الطعام: الإقبال المتزايد على تناول الطعام بشدة - تعدد مرات تناول الطعام (كثرة عدد الوجبات فى اليوم) - الاهتمام الزائد بإعداد الطعام - تنوع الطعام.

ب - الاحتفاظ بوزن الجسم ثابتاً والقلق من زيادته.

جـ- الأعراض الجسمية والمزاجية والذهنية المصاحبة لنوبات الشره.

د- الانشغال الزائد بشكل الجسم وصورته الذهنية.

-فى البداية تم صياغة (٢٨) فقرة للمقياس، وبعد عرض الصيغة المبدئية على مجموعة من المتخصصين فى مجالات علم النفس والصحة العامة والطب النفسى بجامعة طنطا تم حذف أربعة فقرات لصياغة بعضها صياغة غير دقيقة، والأخرى صياغة غير طبية، والثالثة لتكرارها مع

فقرات أخرى، والرابعة لتداخلها فى المعنى مع محتوى فقرات أخرى.

وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس فى صورته النهائية (٢٤) فقرة (منها فقرة للإناث فقط).

-يجيب المفحوص على كل فقرة بالموافقة وتعطى الوزن (٢) أو بالمحايدة وعدم التأكد وتعطى الوزن (١) أو بالرفض وعدم الموافقة وتعطى الوزن (صفر).

عينة التقنين: طبق المقياس على عينة من طلاب وطالبات الفرقة الأولى بكلية التربية جامعة طنطا (ن١=ن٢=٨٠).

صدق المقياس:

أ - **الصدق الظاهرى:** وقد تحقق أثناء بناء المقياس بعرضه على مجموعة من المتخصصين فى مجالات علم النفس والطب النفسى والصحة العامة بحصول الفقرات على اتفاق ٩٠٪ فما فوق.

ب - **الصدق التلازمى:** تم تطبيق المقياس على عينة التقنين، كما تم تطبيق مقياس الاتجاه نحو الأكل (تعريب الباحثتان) على نفس العينة، وكان معامل الارتباط بين نتائج المقياسين ٠,٥٣ للذكور، ٠,٧٤ للإناث بمستوى دلالة ٠,٠١، أى أن الاتجاه الإيجابى نحو الأكل صاحبه شره نحو الطعام.

جـ- **صدق التمييز:** بإجراء المقارنة الطرفية بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لدرجات عينتى الذكور والإناث (ن١=ن٢=٨٠) ويوضح ذلك جدول (٣).

جدول (٣) صدق المقارنة الطرفية لمقياس الشره للطعام.

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعيارى	"ت" والدلالة
الذكور	٢٦ الثلث الأعلى	١٩،١٩	٦,٠٣	٧,٢٣ دالة عند ٠,٠١
	٢٦ الثلث الأدنى	٩,٦٥	٢,٦٣	
الإناث	٢٦ الثلث الأعلى	٢٤,٩٦	٤,٢٦	٥,٧٨ دالة عند ٠,٠١
	٢٦ الثلث الأدنى	١٩,٥٨	١,٩٠	

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يميز تمييزاً واضحاً بين المستويات الضعيفة والأخرى القوية الميزان، ومن ثم يكون المقياس صادقاً لقياس حالات فقدان الشهية العصبى.

الثبات: تم تطبيق المقياس مرتين بفاصل زمنى شهر على عينة التقنين، وكان معامل الارتباط ين التطبيقين ٠,٥٩ لعينة الذكور، ٠,٨١ لعينة الإناث، وهما دالان عند مستوى ٠,٠١، مما يطمئن على ارتفاع ثبات المقياس وصلاحيته للاستخدام.

٤- مقياس صورة الجسم Body Image Scale

إعداد زينب شقير (١٩٩٨)

أعدت زينب شقير هذا المقياس للتعرف على الصورة الذهنية الى يكونها الفرد عن جسمه ككل بما فيها الخصائص الفيزيقية والوظيفية للجسم (إدراك الجسم) واتجاه الفرد نحو هذه الخصائص (مفهوم الجسم). وقد تركز بناء المقياس على التعرف على الرضا عن صورة الجسم ومفهومه لدى الفرد فى الجوانب التالية: الجاذبية الجسدية – التناسق بين مكونات الوجه الظاهرية – التآزر بين شكل الوجه وباقى أعضاء الجسم الداخلية والخارجية – المظهر

الخارجى العام -- التناسق بين الجسم والقدرة على الآداء لأعضاء الجسم المختلفة -- التناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى تفكيره.

ويتكون المقياس فى صورته النهائية من ٢٦ فقرة يعطى الوزن لكل منها (٢-صفر) وتشير الدرجة المرتفعة إلى تشوه صورة الفرد عن جسمه.

وتم إجراء صدق المقياس بطريقتين: الصدق الظاهرى، وصدق التمييز.

كما أجرى الثبات للمقياس بطريقتين: إعادة التطبيق، والتجزئة النصفية. (زينب شقير، ١٩٩٨أ)

٥- مقياس الحواجز النفسية: Psychological Barriers Scale

إعداد زينب شقير (١٩٩٨)

تم إعداد المقياس للتعرف على عوامل ثلاث تتمثل فى سلبية الفرد ولا تمكنه من التأثر الحقيقى لما حوله وتمنعه من إنجاز أفعال معينة، وتتمثل هذه الآليات فى:

الشائعة Romur - عدم التقبل (الرفض) Rejection - التوتر والانفعال Tension & Affect

ويتكون المقياس فى صورته النهائية من ٤٥ فقرة، تقسم إلى ١٥ فقرة لقياس الشائعة، ١٥ فقرة لقياس الرفض، ١٥ فقرة لقياس التوتر، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع معدل الحواجز النفسية لدى الفرد.

وتم حساب الصدق بطريقتين: الصدق الظاهرى وصدق التمييز.

كما أجرى حساب ثبات المقياس بطريقتين: إعادة التطبيق، وحساب الاتساق الداخلى بين الأبعاد الفرعية للمقياس (زينب شقير، ١٩٩٨ب).

٦- مقياس الضغوط النفسية: Psychological Stress Scale

(إعداد: زينب شقير، ١٩٩٨جـ)

يتكون المقياس من ٧٠ فقرة تقيس سبعة أنواع من الضغوط: الأسرية - الاقتصادية - الدراسية - الاجتماعية - الانفعالية - الصحية - الشخصية تخصص ١٠ فقرات لكل مقياس على حدة. وتم تقنين المقياس على البيئة المصرية، وكذلك على البيئة السعودية. وشملت عينة التقنين المصرية ٢٠٠ طالب وطالبة بالمرحلة الثانوية بمدينة طنطا، ٢٠٠ طالب وطالبة بكلية التربية جامعة طنطا.

تم حساب صدق المقياس بطريقتين: الصدق التلازمى، والاتساق الداخلى بين المقاييس الفرعية، بينما تم حساب ثبات المقياس بالطرق الآتية: إعادة التطبيق، والتجزئة النصفية واستخدام معادلة الفاكرونباخ.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول:

يوضح جدول (٤) نتائج هذا الفرض.

جدول (٤) النسبة المئوية

لانتشار فقدان الشهية والشره بين طلاب الجامعة

العينة	الجنس	العدد الكلى	المتوسط	الانحراف المعيارى	العدد فوق المتوسط	النسبة المئوية
فقدان الشهية	ذكور	٢٨٠	١٢,٣٥	٦,٤٢	٢٥	٨,٩٢
	إناث	٤٥٣	١٢,٨٢	٥,٥٩	٧٠	١٥,٤٥
الشره	ذكور	٢٢٥	١٦,٤	٤,٤٢	١٨	٧,٠٦
	إناث	٤٠٠	١٧,٨٨	٦,٥٨	٤٠	١٠

أسفرت نتائج جدول (٤) عما يأتى:

-كانت النسبة المئوية لذوى فقدان الشهية من الذكور ٨,٩٢ ٪ بينما كانت للإناث ١٥,٤٥٪ بين طلاب جامعة طنطا.

-كانت النسبة المئوية لذوى الشره العصبى من الذكور ٧,٠٦ ٪ بينما كانت ١٠٪ للإناث من طلاب الجامعة.

وتعتبر هذه النسب مرتفعة إلى حد ما مما يدل على أنه مع تغيرات العصر وتزايد معدل الضغوط التى يتعرض لها الشباب وخاصة الضغوط الدراسية قد يزيد معها التعرض لبعض الصعوبات والعقبات النفسية التى تفصح عن نفسها فى شكل أنماط وعادات سلوكية غير عادية مثل الإعراض عن الأكل وعدم تناوله بنظام والتى تظهر فى شكل فقدان الشهية العصبى، أو فى شكل سلوك قهرى يتمثل فى تكرار تناول الطعام بشكل غير مألوف وغير طبيعى وما ينتج عنه من حالات الشره العصبى للطعام وهذه كلها اضطرابات نفسية جسيمة قد تتسبب فى العديد من المظاهر السلبية للصحة النفسية لدى الشباب. وتوضح نتائج الدراسة الحالية التزايد المستمر فى معدل انتشار هذه الظاهرة ويؤكد ذلك ما جاء فى الدراسات السابقة – التى سبق عرضها فى الإطار النظرى للدراسة الحالية – الدراسة التى أجراها هارولد، تى وآخرون (1988) تليها الدراسة التى آجراها رولاند، ك وآخرون (1997)، ثم الدراسات التى أجريت عام (١٩٩٨) وهى دراسات: ميتثيل ج، إى وآخرون، كيل، ب وآخرون، وآمال كمال تؤكد التزايد المستمر فى معدل انتشار هذه الظاهرة التى وصلت من ٤٪ للإناث، ٥.٪ للذكور عام (١٩٨٨) حتى وصلت ما بين ١:٤٠ ٪ عام (١٩٩٨).

نتائج الفرض الثانى:

يوضح جدول (٥) نتائج هذا الفرض.

جدول (٥) العلاقة الارتباطية بين متغيرات

الدراسة الأساسية ن = ٣٠٠

المتغير	صورة الجسم	الحواجز النفسية	الضغوط النفسية
صورة الجسم	–	٠.٧٦٤**	٠.٧٤٣**
الحواجز النفسية		–	٠.٨٤٦**
الضغوط النفسية			–

تشير نتائج جدول (٥) إلى ما يلى:

-توجد علاقة ارتباطية دالة وموجبة (عند مستوى ٠.٠١) بين متغيرات الصحة النفسية السلبية الثلاث: اضطرابات صورة الجسم، الحواجز النفسية، الضغوط النفسية، حيث أن هذه المتغيرات سلبية ذات تأثير ضار على الصحة النفسية وبالتالى تشكل مثلثاً سلبياً فى الصحة النفسية غير السوية للفرد.

نتائج الفروض من (٣-٦):

تم استخدام تحليل التباين ذى اتجاهين فى تصميم عاملى (٢×٣) 2 way Anova Factorial Design، للتحقق من صحة فروض الدراسة من ٣-٦، كما تم استخدام معادلة شيفيه للتأكد من اتجاه الدلالة لتأثير الحالة الصحية على متغيرات الدراسة الدالة، وكذلك تم استخدام معادلة شيفية لتوضح التفاعلات الثنائية لمتغيرى الجنس والحالة الصحية بالنسبة للتفاعل الدال. والجداول (٦)، (٧)، (٨)، (٩) توضح النتائج.

جدول (٦) تحليل التباين لمتغيرات الدراسة تبعاً للحالة الصحية والجنس والتفاعل بينهما للمجموعات الثلاث

م	اسم التغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ج	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
١	صورة الجسم	-بين الجنسين(ج)	١٣٦١,٠٧	١	١٣٦١,٠٧	٢٤,٠٣	.٠١
		-بين المجموعات (ت)	١٥٧٤٨,٢١	٢	٧٨٧٤,١٠	١٣٩,٠٣	.٠١
		-تفاعل ج×ت	٤٢٥,٢٢	٢	٢١٢,٦١	٣,٧٥	.٠٥
		-داخل المجموعات (الخطأ)	١٦٦٥٠,٥٠	٢٩٤	٥٦,٦٣	-	-
٢	الحواجز						
٢-١	النفسية الشائعة	-بين الجنسين (ج)	١٤٠,٠٨	١	١٤٠,٠٨	٩,٢٧	.٠١
		-بين المجموعات (ت)	٥٢٦١,٢٥	٢	٢٦٣٠,٢٥	١٧٤,١٦	.٠١
		-تفاعل ج×ت	٢١٥,٤٩	٢	١٠٧,٧٤	٧,١٣	.٠١
		-داخل المجموعات (الخطأ)	٤٤٤٠,٨٢	٢٩٤	١٥,١١	-	-
٢-٣	الرفض	- بين الجنسين (ج)	٢٨٨,١٢	١	٢٨٨,١٢	١٤,٠٩٥	.٠١
		- بين المجموعات (ت)	٥٠٠٢,١٣	٢	٢٥٠١,٠٦	١٢٢,٣٦	.٠١
		تفاعل ج×ت	٨٩,٣٤	٢	٤٤,٦٧	٢,١٩	غ.د

		- داخل المجموعات (الخطأ)	٦٠٠٩,٦٠	٢٩٤	٢٠,٤٤	-	-
٢-٣	التوتر	- بين الجنسين (ج)	٤٩١,٢٥	١	٤٩١,٥٢	١٩,١٨	.٠١
		- بين المجموعات (ت)	٧٨٣٣,٧٤	٢	٣٩١٦,٨٧	١٥٢,٨٧	.٠١
		- تفاعل ج×ت	١,٢٦	٢	.٦٣	.٠٣	غ.د
		- داخل المجموعات (الخطأ)	٧٥٣٢,٩٦	٢٩٤	٢٥,٦٢	-	-
٢-٤	الدرجة الكلية للحواجز النفسية	- بين الجنسين (ج)	٢٥٥٧,٩٢	١	٢٥٥٧,٩٢	٢٦,٩٩	.٠١
		- بين المجموعات (ت)	٥٣٤٧٨,٧٥	٢	٢٦٧٣٩,٣٧	٢٨٢,٠٩	.٠١
		- تفاعل ج×ت	٤٠٩,٩٢	٢	٢٠٤,٩٦	٢,١٦	غ.د.
		- داخل المجموعات (الخطأ)	٢٧٨٦٨,٣٦	٢٩٤	٩٤,٧٩	-	-

تابع جدول (٦) تحليل التباين لمتغيرات الدراسة تبعاً للحالة الصحية والجنس والتفاعل بينهما للمجموعات الثلاث

م	اسم التغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ج	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
٣	الضغوط النفسية						
٣-١	الضغوط الأسرية	- بين الجنسين (ج)	٢٠٠,٠٨	١	٢٠٠,٠٨	٧,٤٤	.٠١
		- بين المجموعات (ت)	٤٦٧٣,٨١	٢	٢٣٣٦,٩٠	٨٦,٨٩	.٠١
		- تفاعل ج×ت	٢١٥,٤١	٢	١٠٧,٧٠	٤,٠١	.٠٥
		- داخل المجموعات (الخطأ)	٧٩٠٦,٩٠	٢٩٤	٢٦,٨٩	-	-

٣-٢	الضغوط الاقتصادية	- بين الجنسين (ج)	٧٠,٠٨	١	٧٠,٠٨	٢,٨٢	غ.د.
		- بين المجموعات (ت)	٦٨٦٠,٥١	٢	٣٤٣٠,٢٥	١٣٧,٩٧	.٠١
		- تفاعل ج×ت	٤٩,٩٥	٢	٢٤,٩٧	١,٠٠٤	غ.د.
		- داخل المجموعات (الخطأ)	٧٣٠٩,٦٦	٢٩٤	٢٤,٨٦	-	-
٣-٣	الضغوط الدراسية	- بين الجنسين (ج)	٤٨,٠٠	١	٤٨,٠٠	٢,٤٢	غ.د.
		- بين المجموعات (ت)	٥٥٠٦,٣٤	٢	٢٧٥٣,١٧	١٣٨,٩١	.٠٩
		- تفاعل ج×ت	١٩,٦٢	٢	٩,٨١	.٤٩٥	غ.د.
		- داخل المجموعات (الخطأ)	٥٨٢٦,٠٤	٢٩٤	١٩,٨٢	-	--
٣-٤	الضغوط الاجتماعية	- بين الجنسين (ج)	٧٨,٠٣	١	٧٨,٠٣	٤,٨٨	.٠٥
		- بين المجموعات (ت)	٢٤١٧,٥٤	٢	١٢٠٨,٧٧	٧٥,٦١	.٠١
		- تفاعل ج×ت	١١١,٢٦	٢	٥٥,٦٣	٣,٤٨	.٠٥
		- داخل المجموعات (الخطأ)	٤٧٠٠,١٤	٢٩٤	١٥,٩٩	-	-
٣-٥	الضغوط الانفعالية	- بين الجنسين (ج)	٢٢٣,٦٠	١	٢٢٣,٦٠	١٠,٢٥	.٠١
		- بين المجموعات (ت)	٥٠٢٠,٩٨	٢	٢٥١٠,٤٩	١١٥,٠٩	.٠١
		- تفاعل ج×ت	١١,٩٣	٢	٥,٩٦	.٢٧	غ.د.
		- داخل المجموعات (الخطأ)	٦٤١٣,٢٦	٢٩٤	٢١,٨١	-	-
٣-٦	الضغوط الصحية	- بين الجنسين (ج)	٦٦,٢٧	١	٦٦,٢٧	٣,٠١	غ.د.
		- بين المجموعات (ت)	٦٨٩١,١٣	٢	٣٤٤٥,٥٦	١٥٦,٥٩	٠١و
		- تفاعل ج×ت	٣٨,٢٢	٢	١٩,١١	.٨٩	غ.د.

		- داخل المجموعات (الخطأ)	٦٤٦٩,٣٠	٢٩٤	٢٢,٠٠٤	–	--
٣-٧	الضغوط الشخصية	- بين الجنسين (ج)	٥٠٩,٦٠	١	٥٠٩,٦٠	٢٢,٠٥	.٠١
		- بين المجموعات (ت)	٨٤٠٤,٦١	٢	٤٢٠٢,٣٠	١٨١,٨٥	.٠١
		- تفاعل ج×ت	١٥,٧٣	٢	٧,٨٦	٠,٣٤	غ.د.
		- داخل المجموعات (الخطأ)	٦٧٩٤,١٠	٢٩٤	٢٣,١١	–	--
٣-٨	الدرجة الكلية للضغوط النفسية	- بين الجنسين (ج)	٧٩٦٧,٠٥	١	٧٩٦٧,٠٥	١٦,٠٥	.٠١
		- بين المجوعات (ت)	٢٦٠٥٩٨,٢٦	٢	١٣٠٢٩٩,١٣	٢٦٢,٥٧	.٠١
		- تفاعل ج×ت	٧٤٧,٨٥	٢	٣٧٣,٩٠	.٧٥	غ.د.
		- داخل المجموعات (الخطأ)	١٤٥٨٩٨,٨٤	٢٩٤	٤٩٦,٢٦	–	–

جدول (٧) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الذكور والإناث والعينة الكلية على متغيرات الدراسية

م	العينة	ذكور ن=١٥٠		إناث ن=١٥٠		عينة كلية ن=٣٠٠	
	المتغير	م	ع	م	ع	م	ع
١	صورة الجسم	١٢,٣٧	٩,٠١	١٦,٦٣	١١,٧٩	١٤,٤٩	١٠,٦٩
٢	أبعاد الحواجز النفسية						
٢-١	الشائعة	٨,١٦	٥,٢٢	٩,٥٣	٦,٢٧	٨,٨٤	٥,٨٠
٢-٢	الرفض	١٠,٨٩	٥,٣٩	١٢,٨٥	٦,٧٤	١١,٨٧	٦,١٧
٢-٣	التوتر	١٤,٥٠	٦,٨١	١٧,٠٦	٧,٥٤	١٥,٧٨	٧,٢٨
٢-٤	الدرجة الكلية للحواجز النفسية	٣٣,٥٧	١٤,٧٠	٣٩,٤١	١٨,٢٤	٣٦,٤٩	١٦,٧٩
٣	الضغوط النفسية						
٣-١	الضغوط الأسرية	٧,٢٨	.٥	٨,٩١	٧,٦٧	٨,٠٩	٦,٥٩
٣-٢	الضغوط الاقتصادية	٩,٢٨	٦,٥٤	١٠,٢٥	٧,٢٦	٩,٧٦	٦,٩١
٣-٣	الضغوط الدراسية	١٤,١٠	٥,٩٦	١٤,٩٠	٦,٣٧	١٤,٥٠	٦,١٨
٣-٤	الضغوط الاجتماعية	٦,٥٠	٤,٢٦	٧,٥٢	٥,٥١	٧,٠١	٤,٩٤
٣-٥	الضغوط الانفعالية	١١,٣٥	٦,٠١	١٣,٠٧	٦,٣٧	١٢,٢١	٦,٢٤
٣-٦	الضغوط الصحية	١٣,١١	٥,٩٦	١٤,٠٥	٧,٣٧	١٣,٥٨	٦,٧١
٣-٧	الضغوط الشخصية	١١,٧٥	٦,٢٢	١٤,٣٦	٧,٩٦	١٣,٠٦	٧,٢٥
٣-٨	الدرجة الكلية للضغوط النفسية	٧٢,٨٥	٣٢,٨٢	٨٣,١٥	٤٠,٦٩	٧٨,٠٠	٣٧,٢٦

جدول (٨) الفروق بين ذوى فقدان الشهية وذوى الشره والأصحاء على متغيرات الدراسة (طريقة شيفيه) "ن١ = ن٢ =ن٣ = ١٠٠"

م	المتغير	المجموعات	المتوسطات	فقدان الشهية	الشره	الأصحاء
١	صورة الجسم	فقدان الشهية	١٨,٢٧	–		*
		الشره	٢٠,٨٦		–	*
		الأصحاء	٤,٣٦			–
٢	أبعاد الحواجز النفسية					
٢-١	الشائعة	فقدان الشهية	١٠,٦٣	–	*	*
		الشره	١٢,٨٤		–	*
		الأصحاء	٣,٠٦			–

تابع جدول (٨) الفروق بين ذوى فقدان الشهية وذوى الشره والأصحاء على متغيرات الدراسة (طريقة شيفيه) "ن١ = ن٢ =ن٣ = ١٠٠"

م	المتغير	المجموعات	المتوسطات	فقدان الشهية	الشره	الأصحاء
٢-٢	الرفض	فقدان الشهية	١٤,٦٥	–		*
		الشره	١٤,٨٧		–	*
		الأصحاء	٦,١٠			–
٢-٣	التوتر	فقدان الشهية	١٨,٩٦	–		*
		الشره	١٩,٨١		–	*
		الأصحاء	٨,٥٧			–
٢-٤	الدرجة الكلية للحواجز النفسية	فقدان الشهية	٤٤,٢٤	–		*

		الشره	٤٧,٥٢		–	•
		الأصحاء	١٧,٧٠			–
٣	الضغوط النفسية					
٣-١	الضغوط الأسرية	فقدان الشهية	٨,٤٤	–	•	•
		الشره	١٢,٧٥		–	•
		الأصحاء	٣,١٠			–
٣-٢	الضغوط الاقتصادية	فقدان الشهية	١٠,٤١	–	•	•
		الشره	١٥,٢٧		–	•
		الأصحاء	٣,٦١			–
٣-٣	الضغوط الدراسية	فقدان الشهية	١٦,٥٩	–	•	•
		الشره	١٨,٣٨		–	•
		الأصحاء	٨,٥٣			•
٣-٤	الضغوط الاجتماعية	فقدان الشهية	٧,٧٠	–	•	•
		الشره	١٠,٠٩		–	•
		الأصحاء	٣,٢٤			–
٣-٥	الضغوط الانفعالية	فقدان الشهية	١٤,٥٣	–	–	•
		الشره	١٥,٦٤		–	•
		الأصحاء	٦,٤٦			–
٣-٦	الضغوط الصحية	فقدان الشهية	١٥,٨٤	–	•	•
		الشره	١٧,٩٩		–	•
		الأصحاء	٦,٩٢			–
٣-٧	الضغوط الشخصية	فقدان الشهية	١٥,٧٦	–	•	•
		الشره	١٧,٧٦		–	•
		الأصحاء	٥,٦٦			–
٣-٨	الدرجة الكلية للضغوط النفسية	فقدان الشهية	٨٩,٢٨	–	•	•
		الشره	١٠٧,١١		–	•
		الأصحاء	٣٧,٦١			–

جدول (٩) التفاعلات الثنائية لمتغير الجنس والحالة الصحية فى تأثيرهما على متغيرات: صورة الجسم، الشائعة، الضغوط الأسرية، والضغوط الاجتماعية (طريقة شيفيه)

المتغير	مجموعات التفاعل	المتوسطات	ذكور فقدان	إناث فقدان	ذكور شره	إناث شره	ذكور أصحاء	إناث أصحاء
صورة الجسم	ذكور فقدان	١٤,٧٤	–	*	–	*	*	*
	إناث فقدان	٢١,٨٠	–	–	–	–	*	*
	ذكور شره	١٨,٦٢	–	–	–	–	*	*
	إناث شره	٢٣,١٠	–	–	–	–	*	*
	ذكور أصحاء	٣,٧٤	–	–	–	–	–	–
	إناث أصحاء	٤,٩٨	–	–	–	–	–	–
الشائعة	ذكور فقدان	٩,٥٢	–	–	–	*	*	*
	إناث فقدان	١١,٧٤	–	–	–	–	*	*
	ذكور شره	١١,٤٠	–	–	–	*	*	*
	إناث شره	١٤,٢٨	–	–	–	–	*	*
	ذكور أصحاء	٣,٥٦	–	–	–	–	–	–
	إناث أصحاء	٢,٥٦	–	–	–	–	–	–
الضغوط الأسرية	ذكور فقدان	٧,٠٨	–	–	*	*	*	*
	إناث فقدان	٩,٨٠	–	–	–	*	*	*
	ذكور شره	١١,٢٨	–	–	–	–	*	*
	إناث شره	١٤,٢٢	–	–	–	–	*	*
	ذكور أصحاء	٣,٤٨	–	–	–	–	–	–
	إناث أصحاء	٢,٧٢	–	–	–	–	–	–

الضغـــــــــوط الاجتماعية	ذكور فقدان	٧,٥٨	–	–	–	*	*	*
	إناث فقدان	٧,٨٢	–	–	–	*	*	*
	ذكور شره	٨,٧٢	–	–	–	*	*	*
	إناث شره	١١,٤٦	–	–	–	–	*	*
	ذكور أصحاء	٣,٢٠	–	–	–	–	–	–
	إناث أصحاء	٣,٢٨	–	–	–	–	–	–

كانت نتائج تحليل التباين فى جدول (٦) على النحو التالى:

أولاً : صورة الجسم:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين الجنسين على متغير صورة الجسم، ويكشف جدول (٧) أن متوسط درجات صورة الجسم للذكور ١٢,٣٧، بينما للإناث ١٦,٦٣ وهذا معناه ارتفاع اضطراب صورة الجسم لدى الإناث عنه لدى الذكور

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين المجموعات الثلاثة: فقدان الشهية، الشره، الأصحاء على متغير صورة الجسم.

ويكشف جدول (٨) أن هذه الفروق دالة لصالح الأصحاء مقارنة بذوى اضطرابات الأكل (فقدان الشهية، والشره) أى أن مجموعتى اضطرابات الأكل أكثر اضطراباً فى إدراك صورة الجسم.

- يوجد تفاعل ثنائى دال عند مستوى (٠,٠٥) بين المجموعات الثلاث وبين الجنسين على متغير صورة الجسم، ويكشف جدول (٩) عن وجود تفاعل ثنائى دال على هذا المتغير، وكانت التفاعلات الثنائية على النحو التالى:

بين مجموعة الذكور ذوى فقدان الشهية وكل من مجموعات: إناث ذوات الشره، وذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

ب - بين مجموعة إناث ذوات فقدان الشهية وكل من مجموعتى: ذكور أصحاء، وإناث صحيحات

ج - بين مجموعة ذكور ذوى الشره وكل من مجموعتى: ذكور أصحاء، وإناث صحيحات

بين مجموعة إناث ذوات الشره كل من مجموعتى: ذكور أصحاء، وإناث صحيحات

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات التى تناولت اضطرابات الأكل فى علاقته باضطراب صورة الجسم أمثال دراسات: بورايت ك (1995)، ستين، د. آخرون (1997)، تانج، ت، ن وآخرون (1998)، رايبى، إى،ل (1998)، آمال كمال (١٩٩٨)، حسين فايد (١٩٩٩).

تلك الدراسات التى أجمعت نتائجها عما يأتى:

أ - الاضطراب الواضح فى صورة الجسم لدى ذوى اضطرابات الأكل (ذوى فقدان الشهية، وذوى الشره العصبى).

ب - الانشغال الزائد بحجم وشكل الجسم، وشعور بتشوه إدراكى لصورة الجسم.

جـ- انخفاض تقدير الذات بسبب انخفاض الاقتناع بشكل وصورة الجسم.

د - عدم الرضا عن صوره الجسم ورفضها.

هـ- الإنكار لشكل وحجم الجسم.

و- الاقبال على الرجيم واستخدام الملينات والتمرينات الرياضية لخفض الوزن بسبب عدم الاقتناع بصورة الجسم.

ز – تشوه واضطراب صورة الجسم لدى ذوى اضطرابات الأكل من الجنسين وتزايد التشوه لدى الإناث مقارنة بالذكور.

ثانياً: الحواجز النفسية:

يوضح جدول (٦) ما يلى:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين الجنسين على متغيرات: الشائعة، الرفض، التوتر، والدرجة الكلية للحواجز النفسية. ويكشف جدول (٨) أن متوسط درجات الذكور على متغيرات الصحة النفسية الأربعة سالفة الذكر كانت أقل من متوسط درجات الإناث على هذه المتغيرات، وهذا معناه ارتفاع معدل هذه المتغيرات الأربعة لدى الإناث عنه لدى الذكور.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين المجموعات الثلاثة: فقدان الشهية، الشره، الأصحاء على المتغيرات النفسية سالفة الذكر.

ويكشف جدول (٩) أن هذه الفروق دالة لصالح الأصحاء مقارنة بذوى اضطرابات الأكل (فقدان الشهية، والشره) أى أن مجموعتى اضطرابات الأكل أكثر ارتفاعا فى الحواجز النفسية بأبعادها الثلاث مقارنة بمجموعة الأصحاء.

-يوجد تفاعل ثنائى دال عند مستوى (٠,٠١) بين المجموعات الثلاث وبين الجنسين على متغير الشائعة فقط، بينما لا يوجد هذا التفاعل بالنسبة لمتغيرات: الرفض، والتوتر، والدرجة الكلية للحواجز النفسية، ويكشف جدول (٨) عن وجود تفاعل ثنائى دال على متغير الشائعة، وكانت التفاعلات الثنائية على النحو التالى:

أ – بين مجموعة ذكور ذوى فقدان الشهية وكل من مجموعات: إناث ذوات الشره، وذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

ب - بين مجموعة إناث ذوات فقدان الشهية وكل من مجموعتى: ذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

جـ- بين مجموعة ذكور ذوى الشره وكل من مجموعات: إناث ذوات الشره، وذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

د- بين مجموعة إناث ذوات الشره وكل من مجموعتى: ذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

وبذلك توضح هذه النتائج ارتفاع معدل الحواجز بين ذوى اضطرابات الأكل وذاتهم، مع رفضهم لذاتهم وعدم تقبلهم لأنفسهم والمتمثل بشكل أوضح فى عدم تقبل صورة الجسم ورفضها والخوف الزائد من زيادة الوزن والتأثر من نظرة الآخرين إلى شكل هذه الحالات، وجاءت هذه النتائج لتتفق مع العديد من نتائج الدراسات أمثال دراسات: أحمد عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩٣)، كوبير، م (1997)،ثيل،أ وآخرون (1997)، بروبرت وأخر (1998) بروبست، م وآخرون (1998)، فينزير،ب وآخرون (1998). أمال كمال (١٩٩٨) وقد أسفرت نتائج هذه الدراسات ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية مثل:

-تجنب ممارسة السلوك الاجتماعى كأداة لتقييم صورة الجسم ورفضها.
-انخفاض تقدير الذات وتقبلها.
- الرفض وعدم التقبل الذاتى فيما يتعلق بشكل ووزن الجسم.
-التوتر الزائد بسبب الخوف من زيادة الوزن قد يصل لحد مشاعر القلق والاكتئاب.
-مخاوف البلوغ والرفض وعدم الرضا، وانخفاض التكامل النفسى.
- القلق والتوتر المرتبطان باضطراب صورة الجسم مع انخفاض التقبل الذاتى.

-الكمالية السلبية والاضطراب الوجدانى والانفعالى.
- الانشطار بين الذات والجسد مع فقدان التواصل الوجدانى.
-استخدام ميكانيزمات الكبت والإنكار والعزل ناتجة عن التوتر والتحريف الإدراكى لصورة الجسم.

ثالثاً: الضغوط النفسية:

يوضح جدول (٦) ما يلى:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١، ٠,٠٥، ٠,٠١، ٠,٠١، ٠,٠١) بين الجنسين على متغيرات الضغوط: الأسرية، الاجتماعية، الانفعالية، الشخصية، والدرجة الكلية للضغوط النفسية على التوالى، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين على متغيرات الضغوط: الاقتصادية، الدراسية، الصحية.

ويكشف جدول (٧) أن متوسط درجات الذكور على متغيرات الصحة النفسية الخمس الدالة سالفة الذكر كانت أقل من متوسط درجات الإناث على هذه المتغيرات، وهذا معناه ارتفاع معدل الضغوط النفسية الخمس لدى الإناث عنه لدى الذكور.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين المجموعات الثلاثة: فقدان الشهية، الشره، الأصحاء على جميع أبعاد الضغوط النفسية بالإضافة إلى الضغوط النفسية العامة.

ويكشف جدول (٨) أن هذه الفروق دالة لصالح الأصحاء مقارنة بذوى اضطرابات الأكل (فقدان الشهية، والشره)، أى أن مجموعتى اضطرابات الأكل تعانى من كل أنواع الضغوط النفسية مقارنة بمجموعة الأصحاء.

-يوجدتفاعل ثنائى دال عند مستوى (٠,٠٥) بين المجموعات الثلاث وبين الجنسين على متغيرى: الضغوط الأسرية، والضغوط الاجتماعية، بينما

لا يوجد هذا التفاعل بالنسبة لباقى أبعاد الضغوط النفسية أو حتى للضغوط النفسية العامة.

ويكشف جدول (٩) عن وجود تفاعل ثنائى دال لكلا المتغيرين، وكانت التفاعلات الثنائية لمتغير الضغوط الأسرية على النحو التالى:

أ - بين مجموعة ذكور ذوى فقدان الشهية وكل من مجموعات: ذكور ذوى الشره، وإناث ذوات الشره، وذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

ب - بين مجموعة إناث ذوات فقدان الشهية وكل من مجموعات: إناث ذوات الشره، وذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

جـ - بين مجموعة ذكور ذوى الشره وكل من مجموعتى: ذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

د - بين مجموعة إناث ذوات الشره وكل من مجموعتى: ذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

أما التفاعلات الثنائية لمتغير الضغوط الاجتماعية فكانت على النحو التالى:

أ - بين مجموعة ذكور ذوى فقدان الشهية وكل من مجموعات: إناث ذوات الشره، وذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

ب - بين مجموعة إناث ذوات فقدان الشهية وكل من مجموعات: إناث ذوات الشره، وذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

جـ - بين مجموعة ذكور ذوى الشره وكل من مجموعات: إناث ذوات الشره، وذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

د - بين مجموعة إناث ذوات الشره وكل من مجموعتى: ذكور أصحاء، وإناث صحيحات.

وعليه نجد أن الحالات ذوات اضطرابات الأكل (بنوعيه) تعانى من

العديد من الضغوط النفسية التى تؤثر على حياتهم الانفعالية والمعرفية، وتؤكد هذه النتائج، ما أسفرت عنه العديد من الدراسات السابقة أمثال دراسات:

ثيل، أ وآخرون (1997)،جليفيز، د.، هـ. وآخران (1998)، برويرات وأخر (1998)، فينزير، ب وآخرون (1998)، باروفسكى، إى وآخر (1998)

والتى أسفرت نتائجها فى مجملها عما يأتى:

- الشعور بالضغط النفسى، وعدم الأمن الاجتماعى، وانخفاض التكامل النفسى.
- الاندفاع وعدم التوافق الاجتماعى والضغوط الدراسية.
- تعدد مصادر ومشاعر الضغوط النفسية.

وهذا ما يدعم نتائج الدراسة الحالية

التوصيات:

- مع زيادة تواتر ظاهرة اضطرابات الأكل - والذى ظهر من نتائج الدراسة الحالية - فى هذا العصر المحمل بالأعباء والضغوط التى يصعب تجنبها، لهذا لابد أن تسلط الأضواء فى مجال الدراسات النفسية على هذه الفئة.
- نظراً لندرة الدراسات المصرية التى تناولت اضطرابات الأكل بالدراسة - بل وركزت على فقدان الشهية غافلة بذلك ذوى الشره العصبى - لذلك لابد من إجراء العديد من الدراسات السيكولوجية التى تسعى لإيضاح خصائص وسمات هؤلاء ذوى اضطرابات الأكل حتى يمكن التغلب على الآثار السلبية لها.

- السعي وراء معرفة الأسباب التي تزيد من حجم هذه المشكلة حتى يمكن التغلب عليها أو حتى الحد من حدوثها.

- جاء في نتائج الدراسة الحالية تأثير اضطرابات الأكل على جوانب متعددة في الشخصية مثل صورة الجسم والحواجز النفسية والضغوط النفسية وخاصة الضغوط الدراسية لطلاب الجامعة، الأمر الذى قد ينعكس أثره على المستوى التحصيلي للطلاب، ولذلك لابد من التدخل السيكولوجي والتربوى في حياة هؤلاء سواء بالإرشاد أو بالتوجيه أو بالعلاج النفسي لهذه الحالات حتى يمكن مساعدتهم وتقديم يد العون لهم.

- جاء في الإطار النظرى للدراسة الحالية أن من بين الأسباب المؤدية لاضطرابات الأكل هي الأسرة وتفككها واتباعها نظام صارم أو التسيب الزائد في اتباع عادات الأكل لأبنائها منذ الصغر، لهذا يجب لفت نظر الآباء والأمهات لدورهم الفعال في عدم حدوث هذه الاضطرابات لدى أبنائهم باتباع أساليب سلوكية سوية تتعلق بعادات الأكل.

- يجب التدخل السريع من قبل الأباء والأمهات وأيضاً معلم الفصل عندما يجدوا الابن (التلميذ) يأكل بشكل مبالغ فيه أو يرفض الأكل بصورة غير طبيعية منعاً للدخول في الاضطراب الحقيقي للأكل.

المراجـــع

١ - ***أحمد عبد الخالق، مايسة النيال (١٩٩٣):*** فقدان الشهية وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، دراسات نفسية (رانم)، ك، جـ١، الأنجلو المصرية: القاهرة، ٥٧-٧٤.

٢ - ***أحمد عكاشة (١٩٩٨):*** الطب النفسى المعاصر. الأنجلو المصرية: القاهرة.

٣ - ***أ.ف. بتروفسكى، م.ح. ياروشفسكى (ترجمة) حمدى عبد الجواد، وعبد السلام رضوان (١٩٩٦):*** معجم علم النفس المعاصر: دار العالم الجديد: القاهرة.

٤ -***أمال كمال (١٩٩٨):*** البناء النفسى للمرضى المصابين بفقدان الشهية العصبى - دراسة كلينيكية - ملخص الدكتوراه: مجلة علم النفس، ٤٨ (١٢)، النهضة المصرية العامة للكتاب؛ القاهرة، ١٦٤-١٦٩.

٥ - ***حسين فايد (١٩٩٩):*** صورة الجسم والقلق الاجتماعى وفقدان الشهية العصبى لدى الإناث المراهقات. المؤتمر الخامس عشر لعلم النفس فى مصر. جامعة عين شمس، (١٠).

٦ - ***زينب شقير (١٩٩٨أ):*** مقياس صورة الجسم - كراسة التعليمات - النهضة المصرية: القاهرة.

٧ - ***زينب شقير (١٩٩٨ب):*** مقياس الحواجز النفسية - كراسة التعليمات - النهضة المصرية: القاهرة.

٨ - ***زينب شقير (١٩٩٨جـ):*** مقياس مواقف الحياة الضاغطة - كراسة التعليمات - النهضة المصرية: القاهرة.

9 - ***American Psychiatric Association (1987):*** Diagnostic & statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed), DSM-III-R. Washington, D.C.

10 - ***American Psychiatric Association (1994):*** Diagnostic & statistical Manual of Mental Disorders (4th ed), DSM-IV-R, Washington, D.C, May.

11 - ***Barofsky, I. & Fontaine, K.R. (1998):*** Do Psychogenic dysphagia patients have eating disorder?. Dysphagia, Winter, 13 (1): 24-27.

12 - ***Boright, L (1990):*** Anorexia nervosa, M.D., U.S. Ohio.

13 - ***Bourne, S.K., R.A., Griffiths, R.A., Touyz, S.W. & Beumont, P.J (1998):*** Bulimia nervosa, restrained, and unrestrained eaters: a comperison of non-binge eating behavior, Int J.E Eat Disord, Sep, 24 (2): 185-192.

14 - ***Cachelin, F.M. & Maher, B.A. (1998):*** Is amenorrhea a critical criterion for anorexia nervosa?. J. Psychosom Res, Mar- Apr, 44 (3-4): 435-440.

15 - ***Candy, C.M. & Fee, V.E. (1998):*** Behaviors and body image test for preadolescent girls, J. Clin Psychol, Mar, 27 (1): 117-127.

16 - ***Casper, R.C. (1998):*** Depression and eating disorders,. Depress anxiety, 8 Suppl 1:96-104.

17 - ***Cooper, M. (1997):*** Bias in interpretation of ambiguous scenarios in eating disorders, 35(7),619-626.

18 - ***Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A.S., Olmsted, M.P., Woodside, D.B. (1998):*** Obsessionality in anorexia nervosa: the moderating influence of exercise, psychosom Med, Mar-Apr, 60 (2): 192-197.

19 - ***Davis, C & Claridge, G. (1998):*** The eating disorders as addiction: a psycholiological perspective, Addict behav., Jul-Aug, 23 (4): 463-475.

20 - ***Diehl, N.S., Johnson, C.E., Rogers, R. L. & Petrie , T.A. (1998):*** Social physique anxiety and disordered eating: What's the Connection?. Addict Behav., Jan - Feb, 23 (1): 1-6.

21 - ***Frankle, R.T., Mei – Uih Yang. M.U. (1988):*** The revised restraint scale in obesity and weight control. Rockville, MD., Aspen Publications.

22 - ***Friedlander, M.L., Siegel, Sh. M. (1990):*** Separation - Individuation difficulties and cognitive - Behavioral indicators of eating disorders among college women. J. of counseling psychology, V37 n1, Jan 74-78.

23 - ***Finzer, P. Haffner, J. & Muller – Kuppers, M. (1998):*** Course and prognosis of anorexia nervosa: catamnesis of 41 patients, Prax Kinderpsychol Kinderpsy chiatr, May – Jun, 47 (5): 302-313.

24 - ***Furr, R.M. & Funder, D.C. (1998):*** A multimodal analysis of personal negativity, J. Pers soc. Psychol, Jun, 74 (6): 1580-1591.

25 - ***Gilchrist, P.N., Ben – Tovim, D.I., Jalucy, R.S., & Walker, M. K. (1998):*** Eating disorders revisited, I: Anorexia nervosa, Med J. Aust Oct. 19, 169 (8): 438-41.

26 - ***Gleaves, D.H., Eberenz, K.P. & May, M.C. (1998):*** Scope and significance of posthraumatic symptomatology among women hospitalized for an eating disorder. Int J. Eat Disord, Sep., 24 (2): 147-156.

27 - ***Golay, A., Hagom, I., Painot, D., Rouget, P., Allaz, A,F, Morel, Y., Nicolet, J. & Archinard, M. (1997):*** Personalities and alimentary behaviors in obese patients, Patient. Educ. Couns, Jun, 31 (2): 103-113.

28 - ***Hall, L. & Cohen, L. (1992):*** Bulimia – a guide to recovery, Carlsbad, Calif, Gurze Books.

29 - ***Harold, I., kaplan, M.D., Benjamin, J. & Sadock, M.D. (1988):*** Synopsis of Psychiatry. (5th ed), Williams & Wilkins. Chapter 38, 596-603.

30 - ***Jarry, J. L. (1998):*** The meaning of body image for women with eating disorders. can J. Psychiatry. May. 43 (4): 367-374.

31 - ***Johston, L (1992):*** Anorexia Nervosa and Bulimia. For better or for worse copyright. Inc.

32 - ***keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis. J.L. & Grow, S.J. (1999):*** Long term out come of bulimia nervosa, Arch Gen Psychiatry. Jan. 56 (1): 63-69.

33 - ***Lucas, A.R. (1981):*** Toward the understanding of anorexia nervosa entity, Mayo Clinic Proceedings.

34 - ***Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H. Greeno, C.G., Merikanges, K.R. & Nagy. L (1998):*** A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. Jul. 55 (7): 603-610.

35 - ***Marshall, L. (1998):*** Eating disorders. In Reb Boyd. M.A. & Nihart, M.A: psychiatric nursing (1st ed), Lippincott comany ch.21. 667-706.

36 - ***Matsunaga, H., Kiruke, N., Nagata, T. & yamagami, S. (1998):*** Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. J.EDisord. May 23 (4): 399-404.

37 - ***Mitchell, J.E., Crow, S., Peterson, C. B., Wonderlich, S., & Grosby, R.D. (1998):*** Feeding Laboratory studies in patients with eating disorders a review, Int J. Eat Disord. Sep. 24 (2): 115-124.

38 - ***Monteleone, P., Bramilla, F., Bortolotti, F. & Maj, M. (1998):*** Prolactin response to d-fenluramine is blunted in people with anorexia nervosa, Br J. Psychiatry, May, 172: 439-442.

39 - ***Neumarker, K.J. & Bartsch, A. J. (1998):*** Aorexia nervosa and anorexia athletica, wien Med wochenschr, 148 (10): 245-250.

40 - ***Neumark – Sztainer, D., Story, M. & Blum, R.W. (1998):*** Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health survey, J. Am Diet Assoc, Dec. 98 (12): 1449-1456.

41 - ***Powers, P.S., Schocken, D.D. & Boyd, F.R. (1998):*** comparison of habitual runners and anorexia nervosa patients, Int J. Eat Disord, Mar, 23 (2): 133-143.

42 - ***Probst, M., Vanderey Cken, W. & Van Coppenolle, H. (1998):*** The significance of body size estimation in eating disorders. Int J. Eat Disord, Sep., 24 (2): 167-174.

43 - ***Pryor, T. & Wiederman, M.W. (1998):*** Personality features and expressed concerns of adolescents with eating disorders, Adolescence, summer, 33 (130): 291-300.

44 - ***Rabe – Jablonska, J. (1997):*** Body image in anorexia nervosa, Psychiatr Pol, Jul – Aug, 31 (4): 397-408.

45 - ***Raitasuo, S., Virtanen, H. & Raitasuo, J. (1998):*** Anorexia nervosa, Major depression, and obsessive – compulsive disorder in Dawn's syndrome patients, I 23 (1): 107-109.

46 - ***Reb – Gelder, M. & Gath, D., Mayou, R. & Cowen, P. (1998):*** Disorders of eating, in: Oxford textbook of Psychiatry (3rd ed), Oxford University Press. Chapter 12, 373-378.

47 - ***Riby, E.L. (1998):*** The relationship between body dysmorphic disorder and depression and self-esteem and somatization, and obsessive – compulsive disorder, and eating disorders, J. Clin Psychol, Jun, 54 (4): 489-499.

48 - ***Riedan, J. & Koff, E. (1997):*** Weight, Weight – related aspects of body image, and depression in early adolescent girls, Adolescence, Fall, 32 (127): 615-624.

49 - ***Robinson, J. & Nivew, N. (1994):*** Eating disorders in: The Psychology of nursing care, (1st ed), Mac Millan Company, 231-233.

50 - ***Rolland, K., Farnill, D. & Griffiths, R.A. (1997):*** Body figure perceptions and eating attitudes among Australion Schoolchildren 8 to 12 years, Int J. Eat Disord, Apr, 21 (3): 273-278.

51 - ***Sackville, T., Schotte, D.E., Touyz, S.W. & Beumont, P.J. (1998):*** Conscious and preconscious processing of food, body weight and shape, and emotion – related words in women with anorexia nervosa, Int J. Eat Disrord, Jan, 23 (1): 77-82.

52 - ***Stein, D. Meged, S, Bar – hanin, T, Blank S, Elizur A & Weizman, A (1997):*** Partial eating disorders in community sample of female adolescents, J. Am Acad Adolesc psychiatry, Aug 36 (8), 1116-1123.

53 - ***Strober, M. (1995):*** A comparative analysis of personality organization in Juvenile anorexia nervosa. J. of Youth and Adolescence, 10 (4): 285-295.

54 - ***Tang, T.N., Toner, B.B., Dion, K. L. & Ali, A. (1998):*** Featurs of eating disorders in patients with irritable bowel syndrome, J. Psychosom Res, Aug, 45 (2): 171-178.

55 - ***Thiel, A, Jacobi, C. Paul, T. & Schussler, G. (1997):*** A german version of eating disorder inventory E-DI-2, psychother Psychosom Med psychol, Sep- Oct, 47 (9-10): 365-376.

56 - ***Trimply, I (1996):*** Taming the feast beast: How to recognize the voice of fatness and end your struggle with food forever: N.Y.: Delacart.

57 - ***Williamson, L. (1998):*** Eating disorders and the cultural forces behind the drive for thinness: are African women really protected? Soc work Health Care, 28 (1): 61-73.

58 - ***Wiseman, C.V., Turco, R. M., Sunday, S.R. & Halmi, K.a. (1998):*** Smoking and body image concerns in adolescent girls. Int J. Eat Disord, Dec, 24 (4): 429-433.